LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

necologie : Dans quels cas peut-on pratiquer l'hystérométrie? par le Dr H. Dauchez, ancien interne des hôpitaux de Paris, 289. — **Bibliographie** : Formulaire des médicaments nouveaux pour 1897, par H. Bocquillon-Limousin, 290. — **Revue de la presse** : Remarques sur le rein flottant; l'entéroptose et la dyspepsie en relation avec un nouveau symptôme de neurasthénie, 290. — **Académie des sciences** : *Séance du 26 avril* 1897. Présidence de M. Chatin. — Sur l'immunité des gallinacés contre la tuberculose humaine, 291. — De la cure radicale des hernies par les injections de chlorure de zinc, 292. — **Académie de médecine** : *Séance du 4 mai* 1897. Présidence de M. Caventou. — Traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale, 294. — Elections, 294. — Appendicite, 294. — Hémianopsie inférieure bilatérale d'origine traumatique, 295. — Perforations spontanées de l'estomac; traitement chirurgical, 295. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 30 avril* 1897. Présidence de M. Debove. — Diagnostic de la perméabilité rénale, 295. — Sur la réaction de Bremer dans le sang des diabétiques, 296. — Pyo-pneumothorax gangréneux chez un garçon de douze ans. Pleurotomie. Guérison, 296. — Erosions hémorragiques multiples chez une femme atteinte de cirrhose atrophique du foie et de varices œsophagiennes, 296. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 26 avril* 1897. Présidence de M. Besnier. — Langue géographique et gommes syphilitiques du pharynx, 296. — Sclérodermie en plaques, 295. — Des injections intra-veineuses de sels mercuriels solubles dans le traitement de la syphilis, 296. — Cas de corne cutanée, 297. — Productions cornées de la verge, 297. — Plaques buccales de nature inconnue, 297. — Sur les acrodermatites continues, 297. — Localisations métamériques de nævi zoniformes, 297. — Des atrésies post-lupiques, 297. — Le lichen plan isolé de la bouche, 297. — De l'origine nasale du lupus de la face, 297. — Engelures chroniques, 298. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 28 décembre* 1897. Présidence de M. le Dr Dromain, 298. — **Société de chirurgie** : *Séance du 5 mai* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Péritonites généralisées, 301. — Luxation sous-scaphoïdienne incomplète en dedans, 302 — Chute congénitale de la paupière. Substitution d'un faisceau du droit supérieur du globe au relèvement de la paupière par une suture au bord du cartilage tarse, 302. — **Correspondance**, 302. — **Nouvelles**, 303.

GYNÉCOEOGIE

—

Dans quels cas peut-on pratiquer l'hystérométrie ?

(*A propos d'une grossesse anormale*).

Par le Dr H. Dauchez.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans quels cas peut-on pratiquer l'hystérométrie? A cette question il est classique de répondre : Après les règles. Quelques médecins seraient tentés de répondre : dans les métrites, chez les femmes porteuses de fibromes, l'endométrite hémorragique.

Cette seconde solution nous paraît mauvaise, imprudente. L'observation ci-jointe le prouve clairement, car malgré un examen local assez minutieux, nous fûmes pendant quatre mois mis en défaut par une de nos clientes, enceinte à notre insu et contre toute apparence. L'âge de la femme, son passé utérin, la suppression brusque et accidentelle de ses époques, son état de chloro-anémie, l'apparition d'une hémorragie au 3e mois d'une grossesse fruste de par l'absence de nausées, de malaises et de développement des seins, tout était fait pour nous induire en erreur et c'est par timidité opératoire que nous avons évité un avortement qu'un autre confrère eut pu pratiquer de très bonne foi.

Chaque jour, trompé par des malades intéressées à nier la vérité, le médecin est exposé à semblable malheur. Il doit donc, ce nous semble, refuser toute tentative d'hystérométrie, s'il ne constate lui-même *les règles, avec leur durée normale.*

Indépendamment de l'hystéromètre, l'usage des crayons intrautérins, d'un usage si commode, est non moins dangereux, malgré son peu d'efficacité.

C'est ce qui ressort de l'observation ci-jointe :

Mme L..., âgée de 41 ans, vient me consulter le 19 août 1896 chez moi. C'est une femme intelligente, mariée, d'une parfaite honorabilité, qui me raconte l'histoire suivante. — Mariée il y a vingt ans, elle a eu cinq grossesses, la première spontanée mais très laborieuse (soixante heures); la seconde compliquée d'hémorragies au 7e mois et suivie d'hémorragies graves pendant la délivrance; la troisième normale sauf le travail très long, pendant lequel l'enfant saisi par le forceps a succombé avant l'extraction; la quatrième normale (l'enfant a succombé à 3 mois sans cause connue); la cinquième (fause-couche a 3 mois) a été suivie d'un curettage (rétention du placenta).

Depuis dix ans, la menstruation est redevenue régulière, normale, et sauf quelques douleurs perivésicales avec tenesme, calmées par des pansements locaux et des suppositoires, la santé de Mme L. est restée parfaite. Il n'y a aucun trouble utérin (leucorrhée), aucune affection aiguë, sauf un état très prononcé de neurasthénie qui a débuté vers le 15 mars 1896 et nécessité un séjour de deux mois à la campagne.

Mme L. vient donc le 19 août me consulter pour les raisons suivantes. *Le 24 juin* 1896, Mme L. avait ses règles depuis le 18 juin lorsque tout à coup, voyant un homme écrasé, rue du Dragon, elle éprouve une violente émotion et voit les règles se supprimer trois jours trop tôt.

Le 18 *juillet*, aménorrhée. — *Le* 18 *août* l'aménorrhée persiste; la malade inquiète me consulte à ce sujet. Je procède au toucher et trouve l'utérus mobile, légèrement volumineux, le col dur; la malade accuse une légère douleur à la pression. — Mais comme la malade n'a éprouvé ni malaises, ni nausées, ni vomissements, je lui prescris comme traitement d'attente des pilules de safran, colombo, fer et aloès (ää 0,05) et quelques gouttes de teinture d'iode dans du vin sucré et lui dis de revenir dans huit jours.

Trois jours après elle revient chez moi, triomphante; les pilules et la teinture d'iode avaient ramené en quarante-huit heures les règles, et la malade venait me remercier.

Mais *le* 30 *septembre*, la malade revenait encore, cette fois non pour me remercier, mais pour se plaindre de la durée indéfinie de ses règles qui avaient commencé *le* 21 *août* et fini *le* 21 *septembre*. Je priai Mme L. d'attendre quelques jours et de revenir après la prochaine époque. Celle-ci manqua en octobre.

Aucun signe de grossesse n'avait paru, les seins étaient petits et plats, indolents. Mme L... qui éprouvait en pareil cas, à défaut de nausées, des vertiges et des maux de reins, n'en ressentait aucun.

Je crus donc à de l'aménorrhée simple, et le 5 novembre, j'examinai la malade chez elle au spéculum. Je trouvai la vulve sans coloration spéciale, l'utérus mobile, le col normal, le volume de l'utérus gros comme les deux poings. Existait-il un fibrome ayant donné autrefois lieu à des hémorragies, dont la dernière en septembre avait duré 30 jours. Je le craignis, mais fidèle à la devise du chirurgien de Saint-Cosme : « *Et Vigil et Prudens !* » je m'abstins de pratiquer l'hystérométrie et donnai rendez-vous à ma cliente dans deux mois, déclarant qu'après le retour des règles seulement je mesurerais la cavité utérine.

Bien m'en prit, car le 4 décembre 1896, Mme L... revenait chez moi, déclarant avoir senti, du 10 au 20 novembre, des mouvements d'abord très légers (pattes de mouche), et devenus maintenant si fréquents (quotidiens) et si forts, qu'elle en était réveillée. Les seins étaient volumineux, secrétaient du sérum, enfin les battements fœtaux étaient évidents à droite.

M. L... était donc, à 41 ans, enceinte de 5 mois, après 10 ans d'interruption de grossesse, sans éprouver ni vomissements, ni vertiges, ni nausées, sans avoir de manifestations locales à la vulve ou au col.

La grossesse avait continué malgré une perte durant 30 jours sans contractions, sans douleurs, sans expulsion de caillots.

Seul le volume de l'utérus eut pu nous éclairer, mais encore pouvait-on craindre un gros fibrome chez une femme ménorrhagique, une endométrite hémorrhagique consécutive à l'aménorrhée, etc.

Que conclure de ce fait, sinon que l'hystérométrie est une manœuvre dangereuse au premier chef, car ici nous étions, après une perte abondante, autorisé à penser à une métrite ou au fibrome. Cette manœuvre eu abouti à coup sûr à un avortement parfaitement inv lontaire.

L'hystérométrie, l'introduction de crayons médica menteux doit donc être réservée aux cas rares où l médecin peut s'assurer de visu de l'existence des règle ou soit de par l'aveu de sa cliente qu'elle ne s'est pa exposée à être enceinte.

Cette observation nous paraît donc justifier absolu ment cette réflexion de notre excellent maître, M. l Dr Gingeot « *La crainte de l'hystéromètre est le commen cement de la sagesse*, » réflexion qui, bien méditée mettra toujours le médecin et sa cliente à l'abri d mécomptes si regrettables.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1897 par H. Bocquillon-Limousin, avec une introduction par H. Huchard. (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1897.

Ce formulaire n'est pas un nouveau venu pour no lecteurs ; sa huitième édition parue au bout d'un peti nombre d'années dit assez sa vitalité et sa valeur L'auteur a, d'ailleurs, soin de nous prévenir qu'il n s'est pas contenté d'une revision sommaire, mais qu'i a fait de nombreuses et importantes additions à mesur que les nouveautés se produisaient. Faut-il rappeler l'Actol, l'Amygdophénine, l'Antinosine, le Bismal, l Bromure d'hémol, l'Eosote, l'Eucaïne, l'Itrol, la Nu trose, l'Orphol, le Sanoforme, la Somatose, le Xéro forme, etc., etc., nouveau-nés en thérapeutique qui sans doute, ne sont pas tous viables, mais dont quel ques-uns ont déjà fourni une carrière. L'expérience l'épreuve du temps réduira les compétitions à leur juste valeur. Quoi qu'il en soit, il est toujours intéressant et pratique d'avoir sous la main un petit volume bien ordonné, qui nous renseigne sur l'état civil de toutes ces nouveautés thérapeutiques, sur leur origine, leurs propriétés, leurs applications et leur valeur d'après les auteurs qui ont pu expérimenter ces médicaments. Qu'il nous suffise donc de signaler ici sans insister l'utilité très pratique du formulaire Bocquillon-Limousin.

L.-J.

REVUE DE LA PRESSE

Remarques sur le rein flottant; l'entéroptose et la dyspepsie en relation avec un nouveau symptôme de neurasthénie. (Berthold Stiller, *Pester Med. Chir. Presse*, n° 47.) — En 1877, une étude faite à la clinique de Bartels semblait démontrer que le rein droit devenu mobile tombe en avant sur le duodenum qu'il comprime, ce qui ame-

une dilatation de l'estomac en raison de l'obstacle orté à l'évacuation de son contenu. Cependant, près Berthold Stiller, les rapports entre le rein flot- ; et la dilatation de l'estomac sont tout autres. Mais 1887 encore Glénard établit l'existence de l'entérop- et la relation du rein flottant avec la dilatation nacale. Glenard divisait les phénomènes de l'enté- tose en trois groupes : l'hypotase, la splanchnoptose 'entérosténose. La splanchnoptose se traduisait par s signes : le clapotement stomacal, la pulsation dans région épigastrique, le rein flottant et la chute de testin. Toutefois le clapotement stomacal n'appar- it pas spécialement à la maladie, car il indique seu- ient l'atonie de l'estomac et l'on ne peut admettre gastroptose que si le clapotement se fait entendre dessous de l'ombilic en laissant libre l'angle des côtes érieures. Les battements aortiques indiquent seule- nt le relachement de la paroi abdominale et de l'es- nac. Son renforcement est un symptôme non d'enté- otose, mais de neurasthénie, tout comme l'exagéra- n du réflexe patellaire. Quant à constater par la pal- tion la chute du colon transverse, cela n'est possible e dans des cas très rares. Le troisième groupe, l'en- rosténose comprend trois phénomènes qu'il est diffi- e de constater d'après Stiller, c'est l'atrophie du lon transverse, du cœcum et l'S iliaque. La cause de maladie d'après Glénard serait la chute du colon iblement retenu, et cette chute serait causée primiti- ement par des traumatismes, des efforts corporels, les couchements, secondairement par une dyspepsie de ngue durée, la fièvre typhoïde, la péritonite circons- ite. L'entéroptose serait ainsi une entité morbide ont les conséquences immédiates sont une dyspepsie ; plus tard des états nerveux.

A côté de cette théorie pathogénique, il en est d'autres. andau croit que le relâchement de la paroi abdomi- ale est le point de départ de la maladie, qui aurait sa ource dans la neurasthénie, pour Bouveret, Charcot t Ewald. Ces derniers toutefois admettent une prédis- osition congénitale. Stiller pense à peu près de même t voit dans un système nerveux excitable et sans ré- istance la cause de tous les désordres. La constitution d'ailleurs quelque chose de spécial : le squelette est racile, faible, les coussinets adipeux manquent ou sont eu développés. La neurasthénie de l'entéroptose est onstamment accompagnée dans les cas graves d'un ymptôme congénital que Stiller a observé depuis cinq ns et qui montre que toute la maladie a un point de épart congénital. Chez les individus maigres, nerveux, yspeptiques, dont le rein est mobile et qui présentent e signe du clapotement stomacal, la 10e côte est mo- ile et ne se trouve pas fixée à l'arcade costale par du artilage, cette côte est libre ou rattachée par du tissu ibreux. Cette 10e côte fluctuante serait un véritable stigmate de la neurasthénie et de l'entéroptose.

Stiller a encore observé ce symptôme dans l'hyper- sécrétion ou la maladie de Reichmann, quatre fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. On observe souvent en même temps, dans cette maladie comme dans l'entéroptose, la mobilité d'un rein et la dilatation de l'estomac. On ne peut douter du caractère neurasthénique et congénital de ce phénomène. Cette mobilité de la dixieme côte s'observe rarement à un âge avancé auquel la neurasthénie est également rare.

L'entéroptose est donc une chute de l'estomac dilaté, du gros intestin, des reins, rarement du foie ou de la rate, par suite d'une atonie générale de l'appareil péritonéal de suspension, atonie qui se développe pendant la jeunesse, chez des sujets dont l'habitude extérieure se caractérise à côté de la neurasthénie congénitale de la digestion par une faible musculature et un squelette gracile caractérisé aussi par la mobilité de la dixième côte.

Les corsets, les accouchements, les traumatismes ne sont que des causes occasionnelles ; la cause adjuvante la plus importante est la diminution du tissu adipeux. Pour Stiller la mobilité du rein pendant la respiration est toujours pathologique.

Quant à la dyspepsie nerveuse, on peut distinguer trois groupes suivant qu'elle est idiopathique, réflexe ou neurasthénique. La première est très rare, la deuxième moins fréquente que la troisième qui est accompagnée d'entéroptose.

L'intervention chirurgale ne serait autorisée, d'après Stiller, dans les cas de rein mobile que lorsque l'uretère ou les gros vaisseaux des reins ont subi une torsion, ce qui n'a coutume d'arriver que dans les cas traumatiques.

Le diagnostic est facile. On sent à l'inspiration un corps arrondi, lisse, dirigé en avant, et lorsqu'on cherche à le saisir, il glisse des doigts pendant l'expiration, car dans ce dernier acte le rein serait pour ainsi dire aspiré par le vide fait dans sa capsule et tendrait à rentrer en place. Mais ce phénomène d'échappement pendant l'expiration ne se produit plus pour les reins réellement mobiles qui ont définitivement quitté leur loge.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 *avril* 1897. — *Présidence de* M. Chatin.

Sur l'immunité des gallinacés contre la tuberculose humaine. — MM. Lannelongue et Achard. On sait que les gallinacés jouissent de l'immunité, ou du moins d'un très haut degré d'immunité, contre la tuberculose humaine. C'est un fait que nous avons pu maintes fois vérifier en inoculant à des poules et à des pigeons soit des cultures, soit des produits tuberculeux (pus ou fragments d'organes) venant directement de l'homme ou ayant passé par l'organisme du cobaye ou du lapin. Chez les gallinacés, l'inoculation de bacilles de la tuberculose humaine donne lieu à la formation de masses caséeuses, qui s'enkystent et restent à l'état de lésion locale pendant un temps fort long (nous en avons trouvé après vingt-six mois), sans qu'il se

développe par la suite de lésions tuberculeuses à distance, par voie de généralisation. Des lésions tout à fait semblables sont d'ailleurs produites lorsqu'on injecte des bacilles morts ; ceux-ci se laissent encore reconnaître à leur réaction colorante spéciale après six mois ; un grand nombre sont parfaitement libres, non englobés dans les phagocytes.

Cette similitude entre les lésions produites chez les oiseaux par les bacilles vivants et par les bacilles morts pourrait donner à penser que l'immunité de ces oiseaux résulte de ce que les bacilles inoculés vivants sont tués par les humeurs. Or il n'en est rien. Les bacilles restent dans le corps des poules et des pigeons, non seulement vivants, mais virulents, pendant un temps assez long, et ce temps est à peu près le même pour les bacilles préservés de tout contact avec les humeurs de ces animaux.

Pour faire cette comparaison, nous avons introduit, sous la peau de poules et de pigeons, de petits tubes de verre contenant une parcelle de culture de bacilles ou d'organe tuberculeux, ou encore de matière caséeuse virulente. De ces tubes, les uns étaient scellés aux deux extrémités ou obturés hermétiquement avec un peu d'ouate et de paraffine ; les autres restaient ouverts, les ouvertures étant seulement garnies de quelques brins d'ouate pour empêcher l'issue de la matière tuberculeuse, sans mettre obstacle à l'imprégnation par les humeurs. En prélevant, à des intervalles plus ou moins longs, un tube fermé et un tube ouvert, et en inoculant leur contenu à des cobayes, nous avons pu constater que la durée de la virulence était sensiblement la même dans les tubes ouverts que dans les tubes fermés. Nos expériences ont porté sur soixante-quatre tubes, et la virulence a été essayée après un temps qui variait entre un mois et dix-huit mois. En général, la virulence avait disparu avant quatre-vingts jours, quelquefois même dès le cinquantième jour. Dans une expérience où les tubes étaient plus volumineux et renfermaient une quantité plus grande de culture tuberculeuse, elle persistait au centième jour ; enfin, dans un cas, du pus caséeux s'est montré encore virulent après cent trente jours, mais il était devenu inactif après cent quatre-vingt-trois jours.

Nous avons comparé aussi ces résultats à ceux que fournit l'inoculation au cobaye des masses caséeuses développées chez la poule par les bacilles virulents, introduits sous la peau ou dans le péritoine. Ces bacilles se trouvent ainsi baigner directement dans les humeurs et en contact avec les tissus. Or, la virulence persiste encore dans ces conditions pendant plusieurs semaines ; toutefois, nous ne l'avons pas vu survivre au delà de soixante-treize jours (1).

Cette longue persistance de la virulence du bacille tuberculeux d'origine humaine dans le corps des Gallinacés n'est pas sans intérêt. Il y a lieu d'en tenir compte lorsqu'on veut apprécier les effets de l'inoculation de ce bacille aux Gallinacés : on peut, en effet, si l'on sacrifie ces animaux au bout de quelques semaines, trouver des lésions douées de virulence et inoculables au cobaye, sans être en droit de conclure que les oiseaux ont contracté la maladie, car, dans de telles lésions, les bacilles, bien loin d'être en voie de développement, peuvent être, au contraire en voie de disparition (2).

D'autres faits permettent également de conclure que le sang des oiseaux ne renferme pas de substance nuisible au bacille. Ainsi la tuberculose humaine végète bien sur la gélose glycérinée à laquelle on ajoute un peu de sang frais de poule. D'autre part, chez les cobayes tuberculisés l'injection de sang de poule et de pigeon n'entrave ni ne retarde l'évolution de l'infection. C'est ce qu'ont fait devoir quelques expériences de M. Auclair, et c'est au même résultat que nous ont conduits des recherches plus prolongées.

Nous avons inoculé des cobayes avec une dilution faible de bacilles, afin de provoquer une tuberculose à marche lente. De ces cobayes, les uns ont servi de témoins, les autres, de poids sensiblement égal, ont reçu des injections répétées de sang de poule et de pigeon. Le sang de ces oiseaux était obtenu par décapitation, le caillot était broyé et exprimé dans un nouet avec les précautions d'asepsie aussi rigoureuses que possible, et le sérum fortement chloré que l'on recueillait était injecté à la dose de 1 cc. à 4 cc. par chaque cobaye. Les injections provoquaient seulement une légère élévation thermique (quelques dixièmes de degré). Elles ont été répétées environ tous les dix jours pendant quatre mois, et certains cobayes ont reçu pendant ce temps jusqu'à 48 cc. de sérum.

Or ces injections n'ont paru exercer aucune influence sur la marche de la tuberculose des cobayes.

Nous avons encore expérimenté le sang de poules et de pigeons, qui avaient subi au préalable, depuis plusieurs semaines, une série d'inoculations de tuberculose humaine. Ce sang ne s'est pas montré plus efficace que celui des oiseaux non inoculés.

Ainsi le sang des gallinacées ne possède pas de substance immunisante pour le cobaye, et il n'en acquiert pas non plus sous l'influence de l'inoculation de la tuberculose humaine à laquelle ils résistent.

En somme, l'immunité des gallinacées semble résulter seulement de ce que, dans la grande majorité des cas, le bacille de la tuberculose humaine ne se multiplie pas dans leur organisme, il paraît avoir perdu sa fonction génératrice, bien qu'il y garde sa vitalité et sa virulence pendant des semaines et quelquefois des mois. Mais cette immunité n'est jamais qu'une immunité partielle, car les gallinacées, les poules plus encore que les pigeons, sont sensibles à l'action nécrosante des substances contenues dans le corps des bacilles.

De la cure radicale des hernies par les injections de chlorure de zinc. — M. le Dr Demars. La valeur pratique de la méthode imaginée par M. le professeur Lannelongue pour le traitement des hernies inguinales ne peut être évidemment jugée que par l'accumulation des faits. C'est pourquoi je crois opportun d'apporter, à l'appui de cette méthode, la contribution de six observations de cure radicale dans lesquelles la guérison a été obtenue très vite et s'est maintenue depuis. Il y a quatre mois que l'un des sujets a été opéré.

Suivent les observations.

(1) L'âge et l'activité des cultures employées nous ont paru avoir une influence sur la durée de la virulence.

(2) C'est une objection qu'on peut faire à la plupart des expériences qui ont été produites pour établir l'inoculabilité de la tuberculose humaine aux gallinacés. Toutefois, MM. Cadiot, Gilbert et Roger mentionnent, dans deux de leurs expériences, que les lésions ainsi développées chez les poules étaient douées de virulence après les très longs délais de cent quatorze et cent cinquante-cinq jours à partir de la dernière inoculation (*Soc. de Biologie*, 7 décembre 1895, p. 785).

uelques réflexions à propos de ces six observations.
ur les six cas il y a eu trois filles et trois garçons.
l âge est variable : garçon de 5 ans, fille de 6 ans, gar- de 6 ans 1/2, garçon de 7 ans, fille de 10 ans, enfin une de 15 ans.
ur les six cas, nous avons deux hernies congénitales, e chez une fille, l'autre chez un garçon.
omme manuel opératoire, nous avons suivi exactement ui qui a été indiqué par M. le professeur Lannelongue, mment dans une Leçon publiée récemment dans le *letin médical* (1897, n° 18). Notre observation II suggère endant l'idée d'une petite modification que l'on pourrait orter au manuel opératoire. Nous avons dit qu'une her- directe s'était produite dans ce cas après l'opération e pour la hernie congénitale. Or, il nous semble qu'on- ait eu plus de chances d'empêcher cette hernie directe l'obturer tout le trajet inguinal si, au lieu de pratiquer injections directement sur le pilier externe de l'orifice uinal inférieur pour descendre ensuite sur la face anté- ure du pubis, nous les eussions faites plus en dehors, enfonçant l'aiguille sur le ligament pectinéal lui-même. ans ces six cas, l'intervention a été suivie de guérison ette guérison s'est maintenue. A ce point de vue, l'ob- vation II est particulièrement instructive. On a vu, en t, que sous l'influence d'un effort, alors que la hernie it guérie, une nouvelle hernie *directe* (hernie de force, mme la première) s'est produite, non pas sur le même nt, mais par la paroi antérieure du canal inguinal du me côté. Ce fait démontre bien la supériorité de la mé- ode de traitement dont il s'agit et la certitude de la gué- on. Il prouve, en outre, que pour les hernies, il y a cer- nement une disposition spéciale de la paroi abdominale, position déjà signalée par Malgaigne, et qui prédispose et accident. Il suffira chez notre malade de renforcer la roi antérieure du trajet inguinal par les injections de lorure de zinc pour obtenir la guérison de cette nouvelle rnie.

Par ce procédé, nous avons eu deux fois une eschare de peau, qui a tenu à une aiguille dont la lumière était s large et qui laissait filtrer les gouttes de la solution ns faire de pression ; il vaudra donc mieux se servir iguilles plus fines en acier (les aiguilles de la seringue Pravaz) pour ne pas avoir cet accident. Chez ces deux alades, du reste (obs. II et V), l'eschare s'est guérie sans mplication, la hernie est restée réduite.

Les deux cas de hernie congénitale (obs. V et IV) ont été éris aussi vite que les hernies non congénitales; par nséquent le procédé peut se généraliser.

L'œdème des bourses et du testicule nous paraît sans nportance sérieuse, car nous voyons dans notre observa- on III que le testicule est à peu près revenu à son volume imitif, et qu'il devra fonctionner normalement par la uite.

M. Lannelongue. Le 7 juillet de l'an passé, j'ai présenté à Académie de médecine cinq malades atteints de hernie ont j'avais obtenu la cure radicale par un procédé d'une rande simplicité. J'exprimai alors l'opinion de ne pas pour- uivre de nouvelles applications de ma méthode avant un élai de six mois, pour être tout à fait fixé sur la valeur des ésultats. Les six mois sont écoulés, car mes malades vaient été injectés le 3 et le 17 juin 1896 et nous sommes la fin d'avril 1897 ; il y a donc plus de six mois. Je les ai ous revus depuis cette époque, à différentes reprises, le 14 avril pour la dernière fois. Je dois ajouter que j'en ai opéré un certain nombre d'autres.

Je ferai très prochainement une communication spéciale à l'Académie sur ce sujet. Il me suffira pour aujourd'hui d'annoncer que les résultats ont dépassé mes espérances, attendu que la guérison se maintient dans des conditions de beaucoup supérieures à celles que l'on obtient par les opérations proprement dites, opérations du domaine de la grande chirurgie et qui ne sont pas exemptes de danger, d'ailleurs, puisqu'on manœuvre dans le péritoine, tandis qu'on ne saurait qualifier de ce nom les injections que je pratique en une seule séance, de deux à trois minutes de durée au plus.

Voici d'ailleurs le procédé :

La hernie étant réduite, un aide applique son doigt sur l'anneau supérieur ou externe, de manière à empêcher le passage du liquide dans la cavité péritonéale pour le cas où on l'injecterait par erreur dans le sac. L'injection dans le sac n'offrirait aucun danger ; il n'en serait pas de même dans la cavité abdominale.

Les injections doivent être pratiquées sur le pubis, en arrière et en dehors du cordon qu'il convient d'éviter. Il est facile d'introduire l'aiguille de la seringue en dehors ou en dedans du cordon sans blesser aucune de ses parties constituantes Pour cela, l'index de la main gauche doit être promené sur le pubis, perpendiculairement à la direction du cordon, de manière à provoquer un ressault qui indique un déplacement en bloc de cet organe. On couvre alors avec la pulpe de l'index gauche le cordon qui se trouve repoussé et maintenu du côté opposé à celui où l'on injecte. On enfonce ensuite l'aiguille sur le pubis et l'on ne s'arrête que lorsque la pointe butte contre l'os. L'opérateur dévie alors la pointe vers la face profonde du cordon et injecte 8 gouttes environ d'une solution de chlorure de zinc au dixième.

La première piqûre, c'est-à-dire la première injection, doit être faite dans la paroi abdominale, aussi haut que possible, de manière à arriver avec la pointe de l'aiguille sur le bord supérieur du pubis. Si l'on est en dehors du cordon, la première injection correspond à la région de l'épine pubienne.

La seconde injection est faite plus bas, sur le pubis, et enfin on peut en faire une troisième plus bas encore, vers l'origine de la branche descendante du pubis.

On fera de même, de haut en bas, trois injections en dedans du cordon.

Je recommande de prendre la précaution, en retirant l'aiguille, de ne pas déposer de chlorure sous la peau, afin d'éviter la formation d'escarres superficielles, et l'on fera bien d'appliquer un court instant le doigt sur la piqûre en comprimant un peu.

Tel est le procédé opératoire pour la hernie inguinale que j'ai appliqué chez les enfants et les adolescents jusqu'à 20 ans.

Chez l'adulte le procédé est identique ; on augmentera seulement le nombre d'injections.

C'est à cette manœuvre opératoire qu'a eu recours M. le Dr Demars, et il a obtenu six succès sur six opérations. La guérison s'est maintenue chez tous et la première opération remonte à plus de quatre mois. L'un des sujets est une fille de 15 ans. Un fait important s'est produit chez l'un des opérés. Il est bien guéri, mais sous l'influence d'un effort il s'est fait une nouvelle hernie en dehors de la précédente.

Cela prouve deux choses : la solidité de la guérison de la première hernie d'une part, et, de l'autre, l'affaiblissement de la paroi abdominale, signalé par tous les auteurs. C'est ce fait qui a conduit M. Demars à conseiller de commencer les injections externes plus en dehors que le pubis, sur la crête pectinéale. J'approuve la modification, en rappelant toutefois que, en allant trop en dehors, on ne tarderait pas à trouver la veine crurale, qu'il importe d'éviter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai 1897. — Présidence de M. Caventou.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Aug. Reverdin (de Genève) qui se porte candidat au titre de correspondant étranger (Chirurgie).

Traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale. — M. le Dr R. Blondel. Adresse une note dans laquelle il réclame la priorité de ce mode de traitement.

J'ai été heureux, dit-il, de voir, par l'intéressante communication lue à la dernière séance de l'Académie de médecine et due à MM. Gilles de la Tourette et Chipault, que l'idée que j'avais émise, il y a juste deux ans, avait fait son chemin.

Dans une communication faite à la Société de thérapeutique (séance du 20 mars 1895) et publiée dans la *Revue de thérapeutique*, communication que les deux auteurs précités m'ont fait l'honneur de mentionner et qui d'ailleurs se trouve reproduite dans l'ouvrage classique de Erb, j'ai montré que l'on pouvait produire l'élongation de la moelle dans son canal, tout en se mettant à l'abri des dangers de la suspension, et cela par une manœuvre très simple et très inoffensive. Le sujet étant couché dans son lit, une forte courroie à boucle, genre ceinture de taille, est passée derrière ses épaules et de là sous ses genoux ou sous ses talons, selon sa corpulence et selon la longueur de ses jambes. On serre fortement et on maintient le sujet durant cinq minutes chaque jour dans cette position, en lui permettant au besoin de se coucher sur le côté pour respirer plus à l'aise. On obtient ainsi, par cette incurvation forcée de la colonne vertébrale, une élongation de l'axe rachidien dont Bornuzzi a d'ailleurs fourni la preuve par des expériences directes sur le cadavre, et j'ajoutais que cette élongation devait porter surtout sur la circonférence la plus extérieure de l'arc, c'est-à-dire précisément sur les cordons postérieurs, siège des lésions de l'ataxie.

La méthode est-elle absolument inoffensive? J'ai eu un trop petit nombre de cas pour pouvoir me prononcer : MM. Gilles de la Tourette et Chipault, qui ont opéré sur un plus grand nombre de malades, n'ont pas observé d'accidents. Il est certain que nous sommes loin des dangers de la pendaison ; mais, au risque de paraître timoré, et malgré cette statistique vierge de décès, je crois qu'il y a des cas où il faudra se montrer très prudent. Il y a d'abord les malades obèses ou cardiaques, sujets à la dyspnée, exposés à la syncope. Mais il y a un danger plus inattendu avec lequel il faudra compter : je veux parler de la fragilité du tissu osseux de certains tabétiques. Chez ces malades, exposés à ces fractures spontanées, à ces arthropathies spéciales bien connues aujourd'hui, il est possible qu'une incurvation trop prononcée amène un effrondement de colonne vertébrale, avec toutes les conséquences funest de la compression de la moelle ; et ceci est d'autant plus craindre, que grâce à l'hypotonie musculaire qui leur e propre, les tabétiques sont capables d'extensions musc laires invraisemblables, comme Déjerine, Frankel d'autres l'ont montré· enfin, leur sensibilité musculai émoussée ne permet pas, comme chez les sujets sain d'être avertis à temps de l'exagération de l'angle obten Ce n'est pas un dynamomètre qu'il faudrait, car celui-ci saurait mesurer que la résistance des muscles et des lig ments, mais un réactif de la résistance du tissu osseux d sujet au tassement, ce qui n'est pas la même chose.

En résumé, je crois que les tabétiques, au début de le période de douleurs fulgurantes, peuvent s'adresser ave avantage à la méthode que j'ai indiquée ou à sa modific tion par M. Gilles de la Tourette. Je crois la mienne pl simple et capable de donner une élongation plus complèt Mais l'élongation extrême est-elle indispensable ? La moel du tabétique s'allonge-t-elle, à toutes les périodes du tabè dans des proportions aussi considérables que celles d sujets sains, et peut-on demander à la méthode plus q l'assouplissement du tissu sclérosé à sa première période D'autres symptômes que les douleurs fulgurantes et l troubles vésicaux seront-ils influencés par cette action tout locale sur les cordons postérieurs ? C'est ce que je ne sa rais dire et c'est ce que l'avenir apprendra.

M. Fournier présente de la part de MM. Oudin et Barthe lémy une série de radiographies Rœntgen relatives à diver sujets.

Elections. — L'Académie procède à l'élection des deu correspondants nationaux (1re division).

Pour la première place sur 67 votants, majorité 3 M. Lemaître (Prosper) de Limoges est élu par 50 voix contr 7 données à M Marvaud, 3 à M. Vidal, 3 à M. Moniez. 2 M. Ledouble, 1 à M. Bertin et 1 bulletin blanc.

Pour la seconde place, sur 66 votants, majorité 3 M. Vidal, d'Hyères, est élu par 37 voix contre 12 données M. Marvaud, 8 à M. Ledouble, 6 à M. Moniez, 1 à M. Ber tin et 2 bulletins blancs.

Appendicite. — M. Dumontpallier. M. Dieulafoy est ven soutenir ici une théorie grave par ses conséquences ; il nou a dit : la typhlite et la périty phlite n'existent pas; puis il affirmé qu'il n'y avait pas de traitement médical et que l seul traitement rationnel était l'intervention chirurgicale M. Dieulafoy est dans l'erreur ; il n'a fondé sa doctrine qu sur des cas exceptionnels.

J'accorde à M. Dieulafoy qu'il n'a jamais existé ni ty phlite ni périty phlite, mais seulement des appendicites e des péri appendicites. Le pauyre médecin mis en présence de ces cas ne perdait pas beaucoup de malades, et en effe il ne faut pas intervenir d'une façon trop hâtive.

A côté des obstentionnistes comme moi, il y a des interventionnistes convaincus, mais il y a dissidence entre eux sur les cas et les indications dans lesquels i faut intervenir.

Dans quelle proportion les abstentionnistes guérissent il leurs malades? sur dix mille observations les malades on guéri 90 fois à 95 fois sur 100. La statistique infirme don cette opinion de M. Dieulafoy que le traitement médical es nul ou insuffisant et que le seul traitement rationnel es l'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun c'est-à-dire d'une façon hâtive. Ce n'est, au contraire, que

ns 5 à 10 cas sur 100 que l'intervention chirurgicale est stifiée dans l'appendicite et ces cas sont les plus graves, ux qui sont compliqués de péritonite généralisée.

Hémianopsie inférieure bilatérale d'origine traumatique. — M. Javal lit un rapport sur un travail communiqué récemment par M. de Lapersonne (de Lille). Cette hémianopsie paraît tenir à une lésion située dans la partie la plus reculée du lobe occipital. Le sujet, âgé de 42 ans, reste en parfaite santé.

Perforations spontanées de l'estomac ; traitement chirurgical. — M. le professeur Le Dentu a observé dans son service deux malades atteints de perforation spontanée de l'estomac. Le premier malade, atteint d'une double perforation, a succombé quelques heures après. Dans le deuxième cas l'état général était très grave et l'intervention dut être pratiquée d'urgence. La perforation, remontant à vingt-six heures, existait sur la face antérieure de l'estomac, près du pylore, avec fausses membranes multiples. On ne put suturer ; le malade guérit cependant après tamponnement et drainage.

Le diagnostic d'emblée peut reposer sur deux phénomènes qui, dans certains cas, sont caractériques : la douleur aiguë au niveau du creux épigastrique et le remplacement de la matité du foie par de la sonorité ; mais la douleur subite manque dans un grand nombre de cas de perforation ; d'ailleurs cette douleur peut être à droite alors que la perforation est à gauche.

D'autre part la sonorité venant remplacer la matité est un phénomène rare et qui d'ailleurs peut tromper ; il peut y avoir des adhérences qui empêchent l'infiltration des gaz à grande distance. Dans les cas où il n'y a pas de perforation de l'estomac, il peut se faire qu'il y ait de la sonorité en place de la matité.

Dans les ruptures de l'intestin, la perforation, les étranglements, il faut faire intervenir la chirurgie symptomatique, c'est-à-dire l'étude de chaque symptôme envisagé isolément avec l'idée d'en tirer une indication suffisante pour l'intervention.

Une deuxième condition de succès, c'est la hâte de l'intervention. Dans les lésions de l'estomac on a plus de marge que dans les lésions de l'intestin ou de l'appendice. Quand on est à peu près certain qu'il y a une perforation de l'estomac, il faut agir le plus tôt possible. Dans les statistiques publiées, on a observé que les cas de guérison étaient surtout nombreux chez les malades opérés tôt ; les cas de succès chez les malades opérés tardivement sont des exceptions. Il faut cependant laisser passer la période de collapsus qui suit immédiatement la perforation. Il faut, autant que possible, opérer entre 4 et 10 heures après la perforation.

Quant à la technique de l'opération, quand on trouve la perforation, il faut la suturer autant que possible. Quand les tissus sont trop altérés, il faut faire un drainage, pour empêcher l'épanchement des matières dans la cavité abdominale, et faire des tamponnements. L'idée d'amener les liquides en dehors est peu pratique ; il faut laisser la fistule se cicatriser, et on y arrive par un simple tamponnement.

A 5 heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 avril 1897. — Présidence de M. Debove.

Diagnostic de la perméabilité rénale. — MM. Ch. Achard et J. Castaigne. On a signalé la résistance qu'oppose le rein malade à l'élimination de certaines substances. Plusieurs fois l'idée a été émise d'en tirer parti pour le diagnostic, mais ce moyen n'est pas entré dans la pratique. Le bleu de méthylène permet de formuler un procédé très simple applicable au diagnostic de la perméabilité rénale.

Nous injectons 0 gr. 25 de bleu de méthylène, en solution stérilisée. Au moment de l'injection le malade doit vider sa vessie, puis on recueille l'urine, dans des verres séparés, à des intervalles réglés : une 1/2 heure, 1 heure, 2 heures, 3 heures, etc. La simple vue suffit, le plus souvent, pour indiquer la présence de la matière colorante. Pourtant si celle-ci est peu abondante on peut la faire apparaître en ajoutant quelques gouttes de chloroforme qui entraînent la matière colorante au fond du tube. On peut aussi doser la matière colorante au moyen de sa transformation en blanc de méthylène à l'ébullition lorsqu'on y ajoute une solution titrée de glucose.

Chez un sujet normal, le bleu existe déjà dans l'urine, en faible quantité, au bout d'une demi-heure ; après une heure, la teinte bleue est très nette, puis elle atteint son maximum vers la 3e ou 4e heure, s'y maintient quelques heures et décroît ensuite pour disparaître complètement dans un délai qui varie de 35 à 50 heures en moyenne. Chez les sujets dont les reins fonctionnent mal et sont moins perméables, l'apparition du bleu est retardée ; elle n'a lieu qu'après la première heure. La durée de l'élimination est parfois prolongée pendant plusieurs jours ; mais dans d'autres cas elle est au contraire abrégée, et il peut arriver que l'urine ne présente la teinte bleue que d'une façon passagère, ou même ne la présente jamais. Mais la durée de l'élimination et la quantité éliminée étant très variables, c'est le retard de l'apparition du bleu dans l'urine qu'il faut surtout prendre en considération parce que c'est l'élément le plus constant de l'épreuve.

De l'ensemble de 77 observations, nous pouvons conclure que ce retard de l'élimination du bleu indique un trouble de la perméabilité rénale, et fournit des renseignements utiles au diagnostic. Dans 22 cas vérifiés par l'autopsie, nous n'avons jamais trouvé le procédé en défaut Dans 4 cas cliniques seulement, les résultats de l'épreuve ont paru en désaccord avec les symptômes. Deux fois il y avait des signes d'affection rénale bien que la perméabilité semblât normale et deux fois il n'y avait pas d'indice de lésion rénale, bien que la perméabilité fut diminuée. Mais ces faits, s'ils restent incertains, n'apportent aucune preuve positive contre la valeur du procédé.

L'épreuve du bleu convient particulièrement pour le diagnostic du mal de Brigt sans albuminurie ; elle révèle les néphrites latentes des tuberculeux comme nous avons pu le vérifier 7 fois à l'autopsie. Elle fait discerner les néphrites sans albuminurie et les albuminuries sans néphrite ; elle peut être encore appliquée aux néphrites aiguës ; nous avons vu dans une broncho-pneumonie grave l'épreuve du bleu, qui avait indiqué d'abord une perméabilité normale, accuser ensuite une diminution de cette perméabilité ; or, l'autopsie a confirmé l'existence d'une lésion aiguë des reins.

D'une façon générale, si le retard s'observe chez un sujet atteint de troubles chroniques, mais se trouvant au moment de l'épreuve dans son état de santé habituel, sans aucun incident aigu, il y a tout lieu de croire à l'existence d'une néphrite chronique. Si le retard s'observe chez un malade atteint d'une affection aiguë, il peut indiquer une néphrite, mais aussi il peut n'indiquer qu'un simple trouble fonctionnel passager, comme nous en avons observé deux exemples au cours de l'embarras gastrique et de la fièvre typhoïde. Il importe, par conséquent, surtout au cours d'un état aigu, de renouveler l'épreuve.

Cet épreuve a l'avantage de fournir un signe directement rénal tandis que bien des signes de brightisme ne sont que des symptômes indirects liés bien moins à la lésion rénale qu'aux lésions de l'appareil circulatoire accompagnant habituellement la néphrite interstitielle. De plus elle met en jeu la fonction du rein et donne des indications sur l'ensemble de cette fonction, non pas seulement comme le font la recherche de l'albumine et des cylindres, indiquant une lésion du rein parfois très limitée et incapable de troubler sensiblement la dépuration urinaire.

Sans exclure les méthodes généralement employées pour l'exploration des fonctions rénales comme la recherche de l'albumine et des cylindres, celle des variations des différents principes de l'urine, de la toxicité urinaire, l'épreuve que nous proposons offre sur elles plusieurs avantages tant par la valeur des renseignements qu'elle fournit que par la simplicité de son emploi. Elle mérite donc, à notre sens, d'entrer dans la pratique.

Sur la réaction de Bremer dans le sang des diabétiques. — MM. Pierre Marie et J. Le Goff. Bremer a montré, on le sait, que les hématies qui, à l'état normal, se colorent par les couleurs acides prennent, au contraire, chez les diabétiques, les couleurs basiques. Le premier réactif qu'il a conseillé pour cette recherche était d'une préparation assez difficile, mais il a récemment indiqué un autre procédé, plus simple, qui conduit à des résultats à peu près analogues. On prend une solution soit de rouge-congo, soit de bleu de méthyle (couleurs acides) et on y trempe des lames sur lesquelles on a étendu, puis fixé à l'étuve, d'assez épaisses couches de sang. Après deux à cinq minutes ces lames sont retirées, puis lavées à l'eau. On voit alors que le sang normal s'est fortement coloré, soit en rouge, soit en bleu, suivant la couleur choisie, tandis que le sang diabétique n'a pas ou presque pas pris la couleur.

Nous avons pu constater la parfaite réalité de ces différentes réactions, et nous avons même noté que cette réaction nettement qualitative est aussi, dans une certaine mesure, quantitative, car chez un malade dont la teneur en sucre était basse, la réaction était beaucoup moins prononcée que lorsque la teneur en sucre était considérable.

A notre avis, la réaction de Bremer ne peut s'expliquer que par un état particulier du protoplasma du globule rouge, état particulier qui est peut-être l'indice d'une dégénérescence de ce globule.

Pyo-pneumothorax gangréneux chez un garçon de douze ans. Pleurotomie. Guérison. — M. Comby. Une première ponction avec le trocard de l'appareil Potain donna 400 à 500 gr d'un pus mal lié et horriblement fétide. Le diagnostic étant ainsi fixé, on fit une pleurotomie. Elle amena des flots de pus d'une odeur épouvantable. Lavage de la plaie à l'eau boriquée jusqu'à clarification complète du liquide rejeté. Pansement classique avec drains accouplés ; au bout de quelques jours, le petit malade, dont l'état était très grave lors de l'intervention, se trouva mieux. On fit tous les jours de grands lavages avec une solution de permanganate de potasse à 1 pour 2.000 (50 centigr. par litre). Vingt-cinq jours après, l'assèchement complet de la plèvre était réalisé.

M. Comby tire de ce fait la conclusion que dans toute pleurésie purulente même grangréneuse, même compliquée de pneumothorax, il faut, quand la tuberculose n'est pas en cause, intervenir chirurgicalrment le plus tôt possible. La guérison est à ce prix.

Erosions hémorragiques multiples chez une femme atteinte de cirrhose atrophique du foie et de varices œsophagiennes. — M. Mathieu rapporte l'observation d'une femme de 30 ans, qui présenta, pendant quelques jours, tous les symptômes de l'ulcère rond de l'estomac ; elle mourut deux jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie démontra qu'il ne s'agissait pas d'un véritable ulcus rotundum, mais bien d'érosions multiples chez une femme atteinte de cirrhose atrophique du foie et de varices œsophagiennes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 26 avril 1897. — Présidence de M. Besnier.

M. Le Pileur répond à l'observation de *stomatite mercurielle tardive consécutive à des injections mercurielles insolubles* présentée par M. Renault dans la séance de février. La fille R... a subi deux séries d'injections d'huile grise, l'une de 5, l'autre de 4 injections, séparées par un intervale de 6 mois. M. le Pileur ignore où et quand cette malade a reçu d'autres injections, car elle n'en a jamais parlé ; autrement sa manière de faire en aurait été modifiée. La fille R... n'a pas dit la vérité en accusant M. Chéron de lui avoir fait des injections de calomel, car ce médecin n'emploie jamais de sels insolubles.

Langue géographique et gomme syphilitique du pharynx. — M. Du Castel présente une malade atteinte de ces deux affections ; il croit à une pure coïncidence.

Sclérodermie en plaques. — MM. Darin et Gastou présentent une femme qui porte sur la joue, sur l'épaule et sur le membre supérieur gauche une dizaine de plaques érythémato-tuberculeuses. Le diagnostic en est des plus difficiles. Une biopsie permit de reconnaître qu'on se trouvait en présence d'une dermato-sclérose. L'électrolyse a donné sur l'une des plaques un résultat remarquable en amènant en moins de quinze jours un affaissement presque complet.

Des injections intra-veineuses de sels mercuriels soluble dans le traitement de la syphilis. — M. Abadie. Les avantages de ces injections sont l'absence de douleur et de nodosités sous-cutanées. Quand on injecte des sels insolubles et même de sels solubles, les injections sont toujours plus ou moins douloureuses et sont suivies d'indurations. Les injections intra-veineuses ne sont pas douloureuses et ne laissent pas de trace. Elles n'offrent aucun danger ; il suffit de laver au sublimé ou à l'alcool la place où l'injection doit être faite, de se servir d'une seringue tout en verre (modèle Lair) et

ne aiguille en platine iridiée, que l'on doit flamber avec lampe à l'alcool à chaque injection. Quand le réseau neux sous-cutané du bras est peu développé, l'injection difficile, rarement impraticable ; mais chez le plus nd nombre une compression légère faite à l'aide d'un n circulaire suffit pour rendre les veines apparentes. Le l accident qui puisse arriver chez les malades ayant les nes peu visibles, c'est que l'injection pénètre non dans veine, mais à côté ; dans ce cas il se produit une nodo- é. Au point de vue thérapeutique ces injections sont is efficaces. M. Abadie d'abord ne les pratiquait que tous deux jours, injectant chaque fois une seringue d'une lution à 1/100 de cyanure d'hydrargyre. Mais dans cer- nes manifestations oculaires de la syphilis graves, cette se n'est pas suffisante. L'injection doit alors être répétée us les jours.

M. Renaut. Cette méthode ne peut être qu'une méthode exception.

M. Jullien. Je confirme complètement les dires de M. Aba- e. En se conformant à une pratique très méthodique et s précise, on pique la veine sans aucun danger, sans le us petit inconvénient. Malheureusement cette excellente atique s'exécute difficilement chez la femme, et mes ma- des de Saint-Lazare très jeunes, à peau fine, à tissu cellu- re abondant, sont évidemment mal choisies pour cette éthode. J'ai employé indifféremment le cyanure de mer- re et le sublimé dans la proportion de 1 centigr. par jection.

Cas de corne cutanée. — M. Couillaud présente un ma- de de 83 ans porteur d'une corne volumineuse (0m15) déve- ppé depuis trois ans à la base du cou.

Productions cornées de la verge. — M. Renaut pré- nte un malade qui porte dans le sillon balano-préputial usieurs productions cornées depuis la première jeunesse. les ont détaché le prépuce par ulcération et ont produit ne sorte de circoncision.

Plaques buccales de nature inconnue. — M. Du Castel résente une femme atteinte antérieurement de lupus de face, guérie actuellement. Aujourd'hui elle porte à la ngue deux petites plaques de lupus leucoplasique. Y a-t-il n rapport entre le lupus et les plaques ?

Sur les acrodermatites continues. — M. Hallopeau décrit antérieurement ce nouveau type clinique sous nom de polydactylites suppuratives récidivantes ; cette énomination était trop restreinte, car il y a des cas dans esquels l'inflammation est simplement vésiculeuse et autre part les altérations ne restent pas constamment mitées aux doigts ; elles peuvent envahir la main, le pied t même le poignet et le cou-de-pied. Ces localisations rap- rochées de la réduction incessante des éléments éruptifs ustifient la nouvelle étiquette adoptée par l'auteur. Il est pro- able que des agents pathogènes de nature diverse peu- ent lui donner naissance ; elle paraît devoir surtout ses aractères particuliers à l'épaisseur que présente l'épiderme ans ces régions ; les microbes y pénètrent profondément, y multiplient et ne peuvent en être éliminés, d'où la re- roduction incessante d'éruptions vésiculeuse, pustuleuse u, comme dans le fait de M. Audry, bulleuse : ces éruptions ésistant opiniâtrement au traitement le plus efficace onsistent dans l'application réitérée de fortes solutions de itrate d'argent.

Localisations métamériques de nævi zoniformes. — M. H. Hallopeau et Weil. Ces nævi vasculaires, accompagnés de troubles nutritifs que caractérisent surtout des ulcérations persistantes et des atrophies contrastant avec des syndactylies multiples, affectent en diverses régions une distribution semblable à celle des zones ; ils donnent, au premier abord, l'impression d'une affection trophonévrotique ; cependant ils ne siègent pas sur des territoires nerveux non plus que, comme il arrive parfois, sur sur les lignes de Voit formant la limite de ces territoires ; on est en droit de leur attribuer, comme l'a fait M. Brissaud pour le zona, une origine métamérique ; il s'agit, selon toute vraisemblance, d'un trouble dans le développement embryonnaire des segments primitifs de l'axe.

Des atrésies post-lupiques. — MM. Hallopeau et Weil présentent une note de M. Le Dentu sur le traitement de ces atrésies. Ces atrésies peuvent amener l'oblitération complète ou presque complète des orifices du visage : lorsqu'elles intéressent les paupières, la cicatrice unissant les bords peut s'étendre sur la conjonctive et sur la cornée auxquelles elle adhère et dont elle suit les mouvements ; l'ouverture buccale peut n'être plus représentée que par un pertuis admettant à peine l'extrémité du petit doigt : cette difformité n'est pas incompatible avec l'alimentation non plus qu'avec la phonation ; seules les consonnes dites labiales ne peuvent plus être prononcées. Une observation de M. Le Dentu montre qu'une opération méthodique peut, en pareil cas, amener le rétablissement d'une ouverture buccale, à la condition que l'application consécutive d'un appareil approprié soit bien supportée ; l'oblitération presque totale de l'ouverture des narines peut n'entraîner aucun trouble fonctionnel ; elle semble même constituer une immunité contre le coryza.

Le lichen plan isolé de la bouche. — MM. Dubreuih et Frèche. Les lésions buccales du lichen plan sont connues depuis longtemps, mais seulement à titre d'épiphénomène, et il ne semble pas avant ces dernières années que l'on ait jamais diagnostiqué ces lésions, quand elles étaient localisées à la muqueuse buccale. Il est important cependant de savoir différencier des autres leucokératoses buccales le lichen plan isolé de la bouche. Celui-ci présente un aspect différent suivant qu'il siège sur la langue ou sur la muqueuse génienne. Sur la langue, il forme des plaques blanches, lisses, qui débutent par un enduit grisâtre au fond des espaces interpapillaires, qui s'élevant peu à peu finit par noyer la papille. On a donc un réseau très fin dont chaque maille est occupée par un point légèrement rosé correspondant à la papille. Sur les joues, le lichen plan forme des grains ronds, d'un blanc d'argent et des réseaux de fins tractus anasmatosés ou arborescents, très nettement limités, durs au toucher, sans inflammation ni infiltration de la muqueuse voisine ou sous-jacente. A la langue, le lichen plan peut être confondu avec la leucokératose pure ; dans cette dernière, les lésions débutent par un point blanc qui coiffe le sommet d'une ou de plusieurs papilles, puis d'une papille à l'autre se forme une petite traînée d'un blanc pur qui forme comme un réseau dont les papilles sont les nœuds. Sur les joues, les diverses autres leucokératoses, les cicatrices, les plaques des verriers, etc., sont facilement reconnaissables.

De l'origine nasale du lupus de la face. — MM. J. Méneau et D. Frèche. La contagion directe immédiate du lupus de la face ne fait doute aujourd'hui pour personne. Il en est de même de l'inoculation médiate provenant de foyers tuberculeux ganglionnaires ou osseux voisins. Le lupus de

la face peut aussi être consécutif à un lupus primitif de la muqueuse nasale, propagé soit par le sac lacrymal, soit par l'orifice externe du nez. Cette étiologie, quoi qu'on dise, nous paraît être d'une extrême fréquence, ainsi qu'il résulte de 95 lupus de la face, recueillis pendant ces trois dernières années à la clinique dermatologique de la Faculté. Un interrogatoire sérieux des malades au point de vue des antécédents nasaux permettra de s'en rendre un compte exact. Peut-être aussi des lésions nasales lupiques méconnues, qui ne se sont traduites que par de l'hypersécrétion, sont-elles la cause des nombreuses adénites tuberculeuses du cou.

Engelures chroniques. — M. Méneau. Si les engelures constituent le plus généralement une maladie de l'enfance, on peut quelquefois les voir apparaître chez des adultes ou des vieillards qui jusque-là en avaient été complètement indemnes.

L'affection revêt alors un caractère d'autant plus tenace que les malades sont plus âgés. L'engelure chronique est une maladie relativement rare. Elle se présente, soit sous la forme érythémateuse, soit sous la forme ulcéreuse, se distinguant de l'engelure juvénile par sa plus grande chronicité. Si, en effet, elle s'atténue en été, elle ne disparaît pas cependant complètement. Au lieu des ulcérations planes, torpides, de l'engelure juvénile, on trouve des abcès dermiques, généralement situés au bout des doigts qui déterminent une douleur très vive et empêchent les malades de se servir de leurs mains. Les inflammations de la peau sont plus diffuses que dans l'engelure juvénile, et permanentes. Enfin on trouve des déformations unguéales, une légère hyperkératose du lit de l'ongle, du décollement latéral ou médian.

L'engelure chronique se différencie facilement de la maladie de Raynaud dont elle n'a pas l'allure paroxystique. Le lupus érythémateux des extrémités qui peut simuler des engelures se distingue par la forme des placards, la tendance à l'atrophie cicatricielle de la peau, même en dehors des ulcérations, etc...

Quand à la pathogénie de l'affection, elle découle d'une série de troubles divers, circulatoires, nerveux, athérome, qui favorisent la stase sanguine au niveau des régions malades.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 28 *décembre* 1896. — *Prés. de M. le* Dr Dromain.

M. Verchère, à propos du procès verbal, fait quelques réserves sur les méfaits de l'ichthyol, il a employé cet agent même à des titres relativement concentrés et avec des dilutions au vingtième seulement il n'a constaté ni effet révulsif ni desquamation.

M. Dauchez n'a rien non plus à reprocher à l'ichthyol, il l'a vu employer au dixième sans inconvénient, et appliquer pur sur des érysipèles de la face sans aucun accident.

M. Genesteix dépouille la correspondance qui contient une lettre de M. Machelard. Celui-ci s'excuse de ne pouvoir assister au banquet et de ne pouvoir de quelque temps venir aux séances. Il espère pouvoir y prendre part au printemps.

M. Dromain ira porter lui-même nos regrets à notre doyen, M. Machelard, dont l'absence nous est à tous pénible, mais que la belle saison nous ramènera heureuse ment.

Il souhaite la bienvenue à M. Vuillaumenez, et exprim les regrets de la Société au sujet de l'absence forcée d M. Le Breton, qui, empêché par sa santé de suivre n réunions, mais désireux de ne pas se séparer de nou demande l'honorariat. M. Le Breton est élu membre hon raire à l'unanimité.

M. Anselet lit son rapport sur la candidature d M. Ribell.

Messieurs, à l'appui de sa candidature à notre Sociéi M. Ribell a envoyé sa thèse : *Contribution à l'étude de l maladie de Freidreich.*

Dans ce travail très consciencieux, notre confrère étudi dans toutes ses manifestations cette maladie, inconnue y a trente ans et dont l'existence propre, malgré ses symp tômes constants et sa formule anatomique presqu'inva riable, fut longtemps mise en doute.

Cette naissance médicale, pour ainsi dire, de la maladi de Friedreich nous est racontée par M. Ribell dans u chapitre d'historique très détaillé Nous y voyons com ment, en 1858, alors que l'ataxie locomotrice venait peine d'être décrite cliniquement par Duchenne (de Bou logne), Friedreich (d'Heidelberg), ayant observé quelque malades présentant de l'incoordination motrice sans aucu des autres signes constituant, d'après Duchenne, le syn drôme du tabes, conclut qu'il se trouvait devant une form morbide spéciale devant répondre à des lésions pathol giques spéciales aussi.

Cette conception, confirmée par l'étude de nouveaux ca par des autopsies ayant démontré la dégénérescence atro phique constante des cordons postérieurs de la moelle, fu combattue successivement par Erb, par Jaccoud, puis pa Charcot qui ne voulut y voir d'abord qu'une coexistenc de l'ataxie locomotrice et de la sclérose en plaques Malgr cela, Friedreich maintint sa conception et, successivement Brousse dans sa thèse en 1882, où il donna à la maladie l nom qu'elle porte, puis Féré la même année, Charcot e 1884 qui revint sur ses dénégations ; enfin Joffroy, Blocq Gilles de la Tourette, Soca, Letulle, Vaquez et Déjérin vinrent confirmer la conception de Friedreich par l'appor d'observations nouvelles et par l'étude plus approfondi des lésions anatomiques.

Après avoir fait l'histoire de la maladie de Friedreich M. Ribell en entreprend une description très détaillée l'étudiant méthodiquement sous toutes ses faces, dan toutes ses manifestations, en analysant scrupuleusemen tous les symptômes et apportant à l'appui de chaque argu ment de nombreuses observations dont une personnelle très complète, qui donne a elle seule une idée d'en semble très nette de la maladie, le malade qui en fai l'objet étant depuis vingt-cinq ans dans les hôpitaux où l progression lente de sa maladie a été suivie et étudiée soi gneusement, surtout dans le service de M. Dejerine o M. Ribell l'a connu et observé.

Je ne suivrai pas, dans ma courte analyse, notre cor frère dans tous les détails si intéressants qu'il nous donn sur la maladie de Friedreich ; il me faudrait à la fois êt trop long pour être clair et je ne possède pas en outre compétence très spéciale indispensable pour bien traite un pareil sujet.

Je me contenterai donc d'exposer, dans ses grand lignes, le tableau que M. Ribell fait de la maladie de Fried

ich telle que les travaux les plus récents et de nombreuses observations ont permis de la concevoir aujourd'hui.

La maladie de Friedreich est, cela est actuellement admis par tous, une maladie bien spéciale possédant ses caractères propres aussi bien dans son étiologie que dans ses symptômes et dans son anatomie pathologique.

C'est surtout une maladie de l'enfance, de l'âge de puberté, rarement d'un âge plus avancé et naissant le plus souvent sous des influences héréditaires directes ou indirectes. Attaquant également l'un et l'autre sexe, on la rencontre souvent chez plusieurs enfants d'une même famille.

Les débuts de la maladie sont très insidieux et les symptômes n'apparaissent que très progressivement. On voit d'abord se manifester l'incoordination motrice des membres inférieurs donnant au malade une démarche spéciale. Les réflexes tendineux s'abolissent puis l'ataxie s'élève et envahit peu à peu et progressivement les muscles du tronc, les membres supérieurs, du larynx et souvent de l'œil et aboutit à l'impuissance motrice absolue.

La sensibilité reste intacte sous toutes ses formes et il n'y a pas de douleurs fulgurantes. La colonne vertébrale se lévie surtout en scoliose et les pieds se déforment, le plus souvent en pied-bot varus équin.

On ne constate pas de troubles trophiques ni d'autres troubles soit du côté des organes des sens, soit du côté des sphincters.

Les lésions anatomo-pathologiques de la maladie montrent qu'il s'agit d'une atrophie de la moelle et d'une sclérose névroglique pure envahissant peu à peu et d'une façon presqu'exclusive la moitié postérieure de la moelle épinière en arrière de la commissure postérieure, sclérose indépendante de toute altération vasculaire.

Tous ces caractères très nets de la maladie dont l'ensemble forme un tout bien défini et constant permettant de la distinguer de l'ataxie locomotrice, de la sclérose en plaques, de la chorée, de l'athétose et en résumé des autres maladies de même famille.

La marche de la maladie de Friedreich est lente, progressive, sans rémission. La durée en est fort longue. Le pronostic est très grave, car la terminaison est toujours fatale à une échéance plus ou moins éloignée, la mort étant souvent causée par une maladie intercurrente, la tuberculose surtout.

Enfin tous les traitements essayés jusqu'ici ont été inutiles.

Telle est la maladie de Friedreich ainsi que la très complète étude de M. Ribell nous la montre, et, pour conclure, le travail que vous m'avez chargé d'analyser est fort intéressant, basé sur de très nombreux documents, présenté enfin avec beaucoup de clarté, qualités d'exposition qu'il nous sera, je l'espère, donné d'apprécier souvent au sein de cette Société chez notre confrère, que nos suffrages, je n'en doute pas, vont faire notre collègue.

M. Ribell est élu à l'unanimité.

M. Dromain communique et distribue une brochure de M. Luc, intitulée : *Traitement des sinusites frontales suppurées chroniques par l'ouverture large de la paroi antérieure du sinus et le drainage par la voie nasale (méthode d'Ogeton et Luc).*

M. Daughez lit sa communication *sur l'hystérométrie.* (V. ci-dessus p. 189.)

M. Petit reconnaît que, dans tout examen gynécologique, il faut se dire que la malade est peut-être enceinte et que, même, elle dissimule son état de gravidité et donne de faux renseignements sur ses dernières règles dans l'espoir d'obtenir le cathétérisme libérateur. Ce cathétérisme utérin est pourtant quelquefois extrêmement utile et, pratiqué avec une grande délicatesse peut ne pas nuire et même donner des indications dans certains cas, comme par exemple, dans le cas de grossesse extra-utérine. On peut d'ailleurs, n'attribuant aucune valeur aux renseignements de la malade, soupçonner l'état gravide d'un utérus même au début, par la modification de la forme qui devient régulièrement et nettement globuleuse, et par la consistance spéciale qui rappelle celle d'un ballon d'enfant rempli d'eau. Ces constatations doivent faire naître un doute et écarter le cathétérisme.

M. Verchère est de cet avis, mais il ne trouve pas que les renseignements du cathétérisme aient une telle importance, il ne donne en tout cas que des signes négatifs dont on peut se passer, même pour diagnostiquer la grossesse extra utérine. Cette manœuvre réserve des surprises désagréables comme il en a vu deux cas : le premier chez une malade de Siredey (oncle); celle-ci avait eu ses règles quinze jours avant l'examen, ce qui n'empêcha pas une fausse couche de se produire quelques jours après. Le second est celui d'une malade qui, quinze jours après une fausse couche constatée ayant fait expulser un œuf de 1 mois 1/2, continua à perdre; on appliqua des crayons de nitrate d'argent puis des crayons d'ichthyol. Sept à huit pansements furent faits à deux jours d'intervalle; la malade cessa de perdre et s'en fut dans les Pyrénées. A son retour, elle fit une fausse couche expulsant un fœtus de l'âge qu'aurait eu le premier au moment de cette seconde fausse couche. Il y avait donc eu une grossesse gémellaire et l'un des embryons avait succombé le premier. Il faut donc considérer le cathétérisme comme dangereux et à n'employer qu'exceptionnellement.

M. Petit ne veut pas défendre le cathétérisme intempestif, mais les renseignements, même négatifs, qu'il peut fournir ne sont pas à dédaigner surtout dans la grossesse extra-utérine puisqu'il confirme le diagnostic. M. Pinard lui-même le préconise, mais, pour le rendre inoffensif, il faut le pratiquer avec une sonde molle de Nélaton. Le second cas de M. Verchère est exceptionnel vu la rareté des cas où les œufs ne sont pas reliés entre eux.

M. Verchère en a parlé à MM. Porack et Lepage qui en ont vu citer d'autres. Pour la grossesse extra-utérine, il est de l'avis de M. Petit, mais il préférerait une laparotomie exploratrice qui, sous le chloroforme, serait sans danger pour la grossesse.

M. Dromain annonce la candidature de M. Gauja, présentée par MM. Boé et Regnault. M. Vuillaumenez est désigné comme rapporteur. La Société passe à la discussion des questions posées par le Conseil général des Sociétés d'arrondissement.

1° *Création d'un Conseil de l'ordre des médecins.*

M. Depasse se déclare nettement opposé à une pareille idée. Il est avant tout ami de la liberté et estime qu'il est de notre devoir de ne pas nous donner des maîtres. Ce n'est pas au moment même où les avocats ne veulent plus de leur Conseil et parlent de le supprimer que nous devons parler de nous en donner un. Nous tenons suffisamment à notre honneur sans nous embarrasser d'une entrave sans avantages.

M. Furet, au contraire, serait favorable à l'idée d'un tel Conseil général, mais avant de s'exprimer, il voudrait savoir quelle sanction pourraient avoir les décisions de ce Conseil. Peut-être aurait-il au moins ceci de bon, qu'il atteindrait ceux que la loi ne peut pas atteindre.

M. Genesteix fait observer qu'on ne peut empêcher d'exercer les rebouteurs et les sorciers, comment empêcherait-on un individu muni d'un diplôme?

M. Tison ne conçoit pas l'idée même de ce Conseil. Celui des avocats n'a de valeur que parce que la justice appuie ses décisions et les rend exécutoires et, même avec cet appoint la sanction n'est pas toujours facile. Mais le rôle et la situation des avocats ne sont pas même comparables aux nôtres. Qui empêchera un malade d'aller voir son médecin, qui pourra voir ce qui se passe dans le cabinet de celui-ci?

M. Furet. On ne pourra évidemment pas juger ce qui se fait dans le cabinet, mais on pourra reprendre les moyens employés pour y attirer les malades. On pourrait ainsi écrémer le corps médical du nombre considérable des hommes qui emploient des moyens honteux de réclame louche pour amener à eux les clients. On pourrait au moins demander un projet d'exécution, une indication de ce que l'on veut créer.

M. Genesteix fait remarquer que le Conseil général ne pose qu'une question de principe, et demande le vote.

L'avis unanime est que toute sanction serait illusoire et l'idée d'un conseil de l'ordre est repoussée à une forte majorité.

2° *Des moyens à employer contre l'abus des boissons alcooliques.*

M. Depasse trouve que cette question ne dépend pas de nos forces et de nos moyens. Il a autrefois déployé beaucoup d'ardeur pour détourner de l'habitude de boire un nombre énorme d'hommes dans le milieu spécial des employés municipaux; et sur un champ d'expérience aussi vaste, qui porte sur plus de 17.000 individus, il n'a rien obtenu que de détourner de lui beaucoup de malades. Plus avisé aujourd'hui, il pense qu'il vaut mieux ne pas risquer d'éloigner la clientèle inutilement puisqu'on n'arrive à aucun résultat. Il n'y a donc pas grand chose à faire dans cet ordre d'idées.

M. Boissier ne partage pas entièrement l'avis de M. Depasse; il a étudié de près la question des progrès de l'alcoolisme et des moyens de les enrayer, dans diverses sociétés créées dans ce but spécial. Or ces moyens existent et ont été déjà depuis longtemps appliqués en Norwège, en Amérique, en Angleterre et en Allemagne et ont, dans ces pays, donné d'excellents résultats. Il faut, en effet, renoncer à détourner de leur vice les ivrognes invétérés. Sauf des cas très rares, ce genre de cure est exceptionnel, et ce n'est pas là le chemin qu'il faut suivre Il faut sacrifier ce qui est déjà malade, chercher à sauver le reste et surtout arrêter les progrès du fléau. Ceci peut être le rôle de tout le monde, mais c'est aux médecins à en montrer la voie et à agir les premiers.

La France est actuellement le pays où on consomme le plus d'alcool : 14 litres à 100° par tête et par an; la Belgique, qui vient après, n'en boit que 11. Les autres pays ont été sauvés par les ligues antialcooliques et sociétés de tempérance. Il en existe, en France, d'excellentes, fondées depuis peu et qui ont approfondi les moyens les meilleurs et les plus sûrs d'arrêter la progression du mal. Ces moyens sont : 1° l'action individuelle, chacun s'efforçant dans sa sphère, dans le milieu de sa famille, de ses amis, etc., de prouver que l'alcool, même le meilleur, est un poison et qu'il faut s'en abstenir le plus possible ; chacun, enfin, donnant, autant qu'il le peut, l'exemple de la modération ; 2° la propagande aussi active que possible dans les milieux ouvriers, surtout sous forme de conférences avec expériences comme la Société de Legrain et Laborde en font constamment, et la distribution de nombreuses brochures courtes et nettes éclairant le public sur le danger de l abus de l'alcool et de l'usage de certaines liqueurs ; 3° enfin, le meilleur moyen est l'enseignement antialcoolique dans les écoles, conférences faites aux instituteurs et institutrices sur ce qu'ils ont à enseigner sur ce sujet pour convaincre les enfants et éviter ainsi leur contamination dans l'avenir. Ces conférences ont été décrétées et arrêtées par M. Carriot, mais elles attendent encore leur exécution.

L'idée antialcoolique dans l'éducation des enfants constitue le véritable remède contre l'épidémie d'éthylisme qui va en s'accroissant actuellement. Un moyen à la portée de tous est donc la contribution à l'accroissement par adhésion et par dons à des sociétés comme celle de Legrain et Lahorde qui, née il y a dix-huit mois, compte aujourd'hui plus de 3.500 membres et a déjà rendu de grands services par ses sections scolaires et ses conférences.

L'effet de ces conférences avec expériences sur des animaux est telle surtout chez les enfants, qu'il faut l'avoir vu pour en apprécier la valeur. Il ne faut naturellement pas s'attendre à obtenir des résultats immédiatement palpables. L'action individuelle est lente, elle fait la tache d'huile s'étendant, peu à peu, mais provocant d'heureuses réactions. Il faudra des années d'activité pour constater des succès réels, quinze ans, peut-être vingt. La Norwège qui a été le pays le plus malade a mis presque ce temps-là à se guérir, mais il est hors de tout danger.

M. Luc partage l'opinion de M. Poissier, il ne croit pas qu'on soit sans action. Il y a même des exemples de guérison individuelle, mais il faut avant tout se préoccuper d'empêcher de boire ceux qui n'ont pas encore commencé mais qui vont s'y mettre. Il faut à tout prix arrêter les progrès d'un mal qui nous ruine, qui mène le pays à sa fin et dont les progrès s'accélèrent de jour en jour. L'alcoolisme n'est plus individuel, sporadique, il envahit la famille, la population entière. On ne fait plus rien, on ne règle plus aucun acte sans avoir le verre à la main, les hommes, les femmes et les enfants boivent à l'envie. Il fait un tableau de l'ivrognerie en Bretagne. Dans les hameaux les plus reculés au fond de toutes les campagnes on boit journellement, les jours de fête les femmes et les enfants sont ivres autant que les hommes. Cette population est en pleine dégénérescence, la mortalité y est énorme, l'idiotie y pullule. D'ailleurs aujourd'hui l'ivrognerie ne domine même plus dans la classe ouvrière, les classes dirigeantes s'alcoolisent tant et plus. Les boissons américaines font fureur dans les cercles et dans les réceptions mondaines. Un bon moyen de lutte serait la création de centres de réunion, sortes de cercles de tempérance. On a dit avec juste raison que le cabaret est le salon du peuple. Il faut lui laisser ses salons, mais les améliorer, et au lieu d'en faire des centres d'empoisonnement et de démoralisation en faire des refuges où l'ouvrier trouve plus de bien-être physique et intellectuel, société, calme, boissons hygiéniques, journaux et publications intéressantes, jeux divers. La chose existe en petit,

le est déjà groupée dans d'autres contrées. M. Luc a cueilli l'avis de nombreux étrangers qui lui ont dit les heureux résultats fournis chez eux par des entreprises analogues, et leur étonnement de voir l'alcoolisme envahir si terriblement la France sans que nous ayons l'air de rien tenter contre lui. Il préconise aussi de toutes ses forces l'anti-alcoolisme dans l'éducation des enfants comme un des meilleurs moyens de lutter contre le mal.

M. Dromain, vu l'heure avancée demande que la fin de la discussion de cette question importante soit remise à la prochaine séance ainsi que la 3e autre question : *Moyens d'empêcher les admissions et les consultations gratuites dans les hôpitaux de malades aisés.* Pour la nomination d'un représentant devant suppléer aux séances du Conseil général les *membres de droit* empêchés, la société désigne le premier vice-président.

Le Bureau est renouvelé comme suit pour l'année 1897.

Président : M. Dromain, à l'unanimité.

Vice-présidents : MM. : 1° Valude, 2° Richardière.

Secrétaire général : M. Génesteix.

Secrétaires annuels : MM. Boissier et Amelet.

Conseil de famille (membres élus) : MM. Bonnefin et Porak.

L'un des secrétaires annuels : F. Boissier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Péritonites généralisées. — M. Peyrot. Je pense avoir vu deux cas de péritonite généralisée. Un jeune homme est pris d'appendicite perforante et reste six jours avant qu'on l'opère. C'est au cinquième jour qu'avaient éclaté les phénomènes graves : je l'opère une heure après l'avoir vu. Je fais l'incision au-dessus de l'arcade. Le péritoine est rempli de pus séreux et l'appendice se montre perforé; on le réséque. J'incise alors du côté gauche. La main pendant le lavage brosse les intestins jusque sous le diaphragme, et je place quatre drains. Aucune suture. Pendant 48 heures, l'état reste aussi grave que possible, vomissements, délire, etc. Le cœur et des anses intestinales faisaient hernie par les deux incisions. Je les recouvrai de gaze iodoformée. Ce n'est qu'au bout d'une semaine que le malade put supporter un peu de glace au café. Et la cicatrisation ne se fit qu'au 60e jour.

Un homme est pris subitement de douleurs et ce n'est qu'au 5e jour qu'on me fit appeler. Il avait du ballonnement, des vomissements, je fis les mêmes incisions, et je ne détachai pas l'appendice qui me paraissait adhérent. L'épanchement me paraissant moins infectieux, je ne fis pas de lavages, mais je fis le drainage comme précédemment. Vers le 10e jour issue de matières fécales par le drain droit, puis tout rentra progressivement dans l'ordre.

Ces deux faits sont certes des exceptions, mais il n'en résulte pas moins qu'ils sont des exemples de guérison de péritonite généralisée.

Je conseillerai dans ces cas la double incision. On peut inspecter par l'incision de droite, et par l'incision de gauche on peut exécuter admirablement le double drainage bilatéral.

M. Lucas Championnière. Une enfant de 9 ans ayant reçu un coup de pied dans le ventre eut une suppuration qui me parut d'abord dans la grande cavité péritonéale. L'incision et le drainage finit par obtenir la guérison. Quelle est la pathogénie de cette suppuration? Je pense qu'une contusion de l'intestin suffit pour expliquer l'infection qui s'est produite. Depuis cette époque, sept ans, la jeune malade n'a jamais présenté l'ombre d'un accident.

Comment apprécier s'il y a péritonite ou non? Est-ce parce que l'une guérit et l'autre ne guérit pas. C'est une mauvaise manière de juger. Et je crois qu'il est difficile même à l'autopsie de savoir si toute l'universalité du péritoine est prise. Il y a peut-être des pus qui déterminent des accidents, mais qui ne sont pas mortels.

Pour ma part je ne vois pas l'objection que l'on peut faire pour ne pas admettre que cette péritonite chez une malade n'était pas assez étendue pour n'être pas considérée comme une péritonite.

M. Reynier. Je n'ai jamais nié la possibilité d'une guérison spontanée ou chirurgicale de péritonite généralisée. C'est sur la plus ou moins grande fréquence de cette guérison que je désirerais être renseigné. Notre scepticisme est justifié par le fait de la difficulté du diagnostic.

Tous les symptômes cliniques de péritonite généralisée ne sont nullement caractéristiques, ils sont de probabilité mais non de certitude. J'ai vu des malades présentant tous ces graves symptômes et qui, à l'intervention, n'ont montré qu'une péritonite localisée. J'en peux citer plusieurs observations.

Quand on a ouvert le ventre, est-il davantage possible de faire le diagnostic de péritonite généralisée? Quand on trouve de la sérosité, n'est-ce pas une péritonite qui va se généraliser, mais qui ne l'est pas encore.

Dans le cas de M. Routier son incision me paraît bien petite pour qu'il ait pu voir l'état de tout le péritoine. Dans le deuxième cas de M. Peyrot, il en est de même.

Je ne crois pas que ce soit par les succès exceptionnels que l'on nous vient présenter, qu'on peut nous donner une idée de la meilleure conduite à tenir, mais bien par des statistiques complètes, et ce sont les mauvais cas qui peuvent nous donner les meilleurs enseignements.

C'est à la bactériologie aussi qu'il faudrait s'adresser pour connaître de la gravité du pus suivant les cas.

On nous recommande, Peyrot et Gérard Marchant, de laver et de brosser l'intestin, mais il faut craindre le shock que l'on peut provoquer. Il faut se rappeler les notions physiologiques sur les réflexes péritonéaux. Il faut savoir que les péritonitiques meurent par le cœur et l'infection. Par le cœur ils meurent rapidement, pendant les premiers jours. Qu'on les prolonge, qu'on conjure ce danger du cœur par la caféine, les injections du sérum, on donne au péritoine le temps de se défendre, on attend l'infection localisée et alors on opère dans de bien meilleures conditions. Pour qu'il se forme des adhérences, pour que la localisation puisse se produire, il faut que le malade résiste assez longtemps, et il résistera assez longtemps si on soutient son cœur.

La bactériologie, comme nous le disait M. Marchant, pourra nous donner les meilleurs renseignements. Le streptocoque interpéritonéal sera grave et il n'y aura guère d'intervention utile dans ces cas. Le staphylocoque, le pneumocoque au contraire nous laisseront quelque espérance.

Enfin, comme conclusion thérapeutique, je pense qu'il ne faut pas opérer dès la première heure, il faut attendre que

la nature ait préparé l'intervention par la localisation péritonéale.

Luxation sous-scaphoïdienne incomplète en dedans. — M. Quénu.

Chute congénitale de la paupière. Substitution d'un faisceau du droit supérieur du globe au relèvement de la paupière par une suture au bord du cartilage tarse. — Présentation de la malade par M. Motais (d'Angers).

Ostéite tuberculeuse du fémur. Tunellisation du condyle. — Présentation du malade par M. Kirmisson.

Ostéomyélite ancienne. Fluxion du membre inférieur. Valgus. Tarsectomie postérieure. Présentation du malade par M. Kirmisson.

CORRESPONDANCE

Au Dr Marandon de Montyel.

Paris, le 28 avril 1897.

Mon cher maître,

Je vous remercie d'avoir consacré un long article à mon enquête, à laquelle vous adressez le reproche d'être forcément incomplète, soit, parce que mes sujets me cacheront certaines de leurs tares, soit parce que je ne voudrai pas révéler les maladies ou les faiblesses qu'il m'aura été donné de constater. Pour répondre à cette objection, permettez-moi de vous rappeler les explications que j'ai déjà fournies à la Société médico-psychologique sur ce point.

« Certains critiques, qui ne niaient pas l'utilité de mes observations, ont objecté qu'elles n'auraient pas toute la signification que je leur attribuais parce qu'elles contiendraient des erreurs importantes. Ces erreurs peuvent être groupées sous deux chefs. Celles tenant au sujet, et celles tenant à l'observateur. Dans les premières, je classerai l'ignorance ou les fausses déclarations des personnalités examinées. Je ferai tout d'abord remarquer que je retrouve dans mon enquête les mêmes causes d'erreur possibles qu'à l'hôpital et surtout qu'à l'asile, où l'on a bien souvent à faire à des individus ignorants et incapables de vous renseigner sur leur histoire pathologique ou encore à des malades intéressés à vous tromper. Et je ne sache pas que la crainte d'obtenir des renseignements inexacts ait fait abandonner l'étude des maladies mentales où les causes d'erreurs sont au maximum. L'ignorance des malades touchant leurs antécédents est chose commune; elle est la règle à l'asile pour les paralytiques généraux, les maniaques, et d'une façon générale, pour tous ceux dont les facultés intellectuelles sont fortement troublées ou affaiblies. Les renseignements fournis par les parents ou les amis, quand on peut en obtenir, ne suppléent pas, notamment pour l'hérédité et pour des désordres psychiques légers antérieurs, à ceux que seraient capables de fournir les malades eux-mêmes.

« Je crois qu'à ce point de vue, mes sujets offrent bien plus de garantie que les malades ordinaires et surtout que les aliénés. Intelligents, instruits, plus ou moins habitués à s'observer, ils peuvent me renseigner exactement. Mais ils peuvent me tromper, il faut le reconnaître. Or, à l'hôpital aussi, il faut prendre garde aux mensonges des malades; des tuberculeux, par exemple, cachent leurs hémopthysies, et des femmes syphilitiques leurs véroles. C'est au médecin à dépister la vérité. A l'asile, notre rôle est encore plus difficile. Nous avons affaire à des alcooliques qui nient tout excès de boissons, à des hallucinés qui n'avouent pas leurs troubles sensoriels, à des mélancoliques qui cachent leurs idées de suicide, à des persécutés surtout qui ne livrent pas leurs conceptions délirantes. Et cependant les aliénistes ne se laissent pas rebuter par ces obstacles et ils prennent tous les jours les observations de leurs malades. *On voit donc que je me trouve en faisant mon enquête, dans des conditions analogues à celles des milieux hospitaliers.* Comme dans les établissements d'assistance, je suis obligé d'accepter, sans pouvoir les contrôler directement, les renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels des malades; dans les deux cas, il m'appartient de juger le degré de véracité que présentent ceux qui me donnent des renseignements qu'il m'est impossible de contrôler. Pourquoi exigerait-on de moi, enquêteur, une plus grande sévérité que celle accordée à tous les cliniciens? Ma conviction est qu'il m'est plus facile d'avoir la vérité avec mes sujets qui, étant des esprits supérieurs, peuvent comprendre plus qu'un malade ordinaire la nécessité d'être exact.

D'ailleurs, on voit bien si le sujet est un homme de bonne foi, quelques pièges permettent de le surprendre en flagrant délit de tromperie, et, dans ce cas-là, le mieux est d'abandonner l'observation d'un sujet qui voudrait vous tromper. Mes procédés me permettent de réduire beaucoup les erreurs volontaires du sujet, car j'expérimente le plus possible. Je ne me contente pas, par exemple, de demander au sujet s'il a bonne mémoire; mais je lui fais subir un véritable examen où je peux déterminer assez exactement l'étendue et la force de cette faculté. C'est là l'originalité de mes observations qui sont des essais d'examen psychologique objectif. Des faits nombreux me permettent de remplacer mon impression par des chiffres comparables à d'autres, obtenus dans les mêmes conditions chez des individus quelconques. Je crois qu'un examen de ce genre est supérieur à ce qui a été fait jusqu'à présent dans ce sens et particulièrement à ce qui se fait journellement dans les asiles, où le médecin aliéniste n'a guère pour résoudre les plus graves questions, que sa conscience. Malgré les protestations de quelques-uns de mes honorables collègues, je persiste à croire que la conscience d'un honnête homme ne suffit pas en science et que l'on pourrait désirer des moyens d'appréciation de l'état mental moins subjectifs que ceux dont nous disposons aujourd'hui.

« Mes procédés d'investigations psychologiques me permettent d'atteindre la vérité qu'ignore souvent le sujet lui-même. On a, dans ces derniers temps, beaucoup fait usage d'enquêtes par questionnaires qu'on envoyaient chez des hommes célèbres qui devaient répondre eux-mêmes. Des médecins se sont servis de ce procédé d'investigations psychologiques; il m'est arrivé d'avoir ainsi à vérifier des réponses données à mes confrères par mes sujets sur l'état de leur mémoire, ou de leurs fonctions du langage. Souvent ce que je trouvais différait beaucoup de ce que les sujets avaient cru remarquer chez eux.

« C'est qu'il est difficile de se connaître, et l'on peut être entraîné à se supposer des facultés autres que celles qu'on a.

« Mais j'ai dit aussi que leur erreurs pouvaient tenir à l'observateur. Ce dernier pouvait être incompétent, et il l'est toujours sur une grande partie de l'examen. C'est pour cela que je me suis fait assister par des confrères

spécialistes autorisés, au nombre de 15, pour l'observation de M. Zola. Il m'est permis, je crois, de dire que jamais une observation n'avait été prise avec de telles garanties d'exactitude. L'observateur, a-t-on dit, peut simuler la vérité. A ce sujet, je donnerai quelques explications à M. Garnier qui m'avait présenté une objection à laquelle j'ai déjà répondu, mais d'une façon qui, apparemment n'a pas été comprise. M. Garnier m'avait posé cette question : — « Si vous trouviez l'épilepsie chez un de vos sujets, le diriez-vous ? » Bien que cette maladie ne se prête pas à tous les développements d'une thèse générale, je ferai toutefois mon argumentation en la disant. De deux choes l'une, ou le malade connaît sa maladie ou il l'ignore. Dans le premier cas, il peut m'autoriser à révéler, et je le fais en toute tranquilité. Ou, au contraire, il ne m'y autorise pas ; dans ce cas, comme la maladie sur laquelle le secret m'est demandé est important, je m'abstiens, non seulement de divulguer la maladie, mais encore de publier l'observation. De la sorte les intérêts de la science et ceux du malade sont également sauvegardés.

« Dans une autre hypothèse, le malade ignore sa maladie, mais il connaît certains symptômes, tels que des périodes d'amnésie, chûtes, urination au lit, etc. ; dois-je le lui apprendre, et cela dans son intérêt strict (traitement, surveillance), la nature de la maladie dont il est atteint à son insu ? C'est là une question d'espèce, qu'on ne peut trancher *a priori*.

« Admettons que j'agisse dans ce sens, je suis donc amené au premier cas, et c'est au sujet à me donner l'autorisation de révéler sa maladie, ou à moi à abandonner son observation s'il me demande le secret, Mais il peut se faire que, pour des raisons quelconques, je ne lui apprenne pas la nature de sa maladie. Puis-je cependant décrire les symptômes qu'il présente et dont la synthèse ne pourra être faite que par des médecins seuls ? C'est encore là, je le répète, une question d'espèce. Mais je peux poser cette règle de conduite que, dès que le repos moral du sujet peut être troublé par la divulgation, il faut se taire, et abandonner l'observation. Le plus souvent le sujet, instruit et arrivé à un certain âge, connaît les maladies dont il est atteint, non seulement les symptômes dont il souffre, mais les diagnostics, même graves, qu'ont posés les médecins qui l'ont examiné. La question peut donc, en pratique, être ramenée au premier cas : Le sujet connaît sa maladie et vous permet ou ne vous permet pas de la réveler, On exagère d'ailleurs — et cependant je crois qu'il est bon d'exagérer — les précautions que l'on doit prendre pour réveler à un malade l'affection dont il est atteint. Est-ce que le médecin ne connaît pas, le plus souvent, ses propres maladies, même lorsqu'elles sont terribles, comme le cancer ?

« Ne connaît-il pas même le pronostic, ce que je n'ai aucun intéret à apprendre à mes sujets et ne se résigne-t-il pas ? C'est que le désir de vivre est plus fort que tout ; et l'illusion qu'il entretient est une fleur bien vivace dans le cœur de l'homme. En définitive la publication des observations de sujets vivants et connus demande un certain tact que les médecins ne sont pas habitués à employer dans leurs travaux cliniques. Mais, en définitive, on peut toujours faire œuvre de vérité. D'ailleurs le champ d'une observation est immense et quelques lacunes, qui ne peuvent fausser en rien les conclusions, sont peu de chose auprès des faits nombreux et instructifs qu'un examen approfondi permet de trouver dans l'organisation psycho-physiologique d'un homme supérieur.

« Agréez, mon cher maître, etc.

« Edouard Toulouse. »

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés : *au grade de chevalier*, le Dr Legros, de Rochefort ; le Dr Pellevoisin, de Beauvoir-sur-Niort (Deux-Sèvres) ; le Dr Barbin de Montoire (Loire-Inférieure) ; le Dr Taburet ; médecin de la marine ;

Au grade d'officier : le Dr Vidal, de Grasse.

Distinctions universitaires. — Est nommé officier d'Académie, M. le Dr Godet, conseiller général des Sables-d'Olonne.

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accouchement. Le jury du concours d'accouchement des hôpitaux de Paris est provisoirement composé de MM. Auvard, Bar, Championnière, Hérard, Marchand, Maygrier et Ricard.

Les candidats inscrits sont : MM. Basset, Baudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Chavanne, Demelin, Dubrisay, Schwab et Wallich.

Faculté de médecine de Lyon. — Le prix biennal Falcouz, de la valeur de 1.000 francs, fondé par décret du 25 mars 1897 sur la rente annuelle de 4.000 francs allouée à l'Université de Lyon par M. Augustin Falcouz, sera décerné en 1898 à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante, mise au concours par le Conseil de l'Université, sur la proposition de la Faculté de Médecine : *Etudier les principales propriétés naturelles ou acquises des humeurs de l'organisme, utilisées récemment dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies microbiennes.*

Conditions du concours. — Pour être admis à concourir, il faut être de nationalité française et avoir moins de 30 ans au 1er mai 1898.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront parvenir, francs de port, au secrétariat de l'Université (Faculté de médecine), le 1er mai 1898 au plus tard.

Les imprimés ne seront reçus que s'ils ont été publiés moins d'un an avant cette date.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 6 mai 1897.

Faculté de médecine de Beyrouth. — M. le Dr J. La Bonnardière, ancien interne des hôpitaux de Lyon, moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine française de Beyrouth (Syrie).

Ecole de médecine de Rennes. — Par arrêté ministériel en date du 26 avril 1897, un concours s'ouvrira le 24 janvier 1898, devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

Hôpitaux de Bordeaux. — L'administration des hospices de Bordeaux est entrée en possession du legs Audinet, consistant en une somme de 200.000 francs, destinée à la fondation d'un hôpital de convalescents, et en une somme de 30.000 francs, pour la fondation de trois lits à l'hospice des vieillards.

Asiles d'aliénés. — Par arrêté ministériel en date du 3 avril 1897, M. le docteur Febvre, médecin en chef de l'asile

public d'aliénés de Ville-Evrard, est élevé à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er avril 1897.

Association des étudiants en médecine. — Il s'est fondé, il y a quelque temps au Quartier Latin, une nouvelle Association d'étudiants. *L'Association des Etudiants en médecine et P. C. N.* Comme son titre l'indique, cette association cherche à grouper les Etudiants en médecine et les étudiants qui préparent le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Depuis sa fondation elle a déjà reçu les encouragements de professeurs de la Faculté de médecine, de médecine et chirurgiens des hôpitaux, dont plusieurs en sont membres honoraires.

L'Association a son siège, 7, rue Royer-Collard.

Ecole de médecine de Poitiers. — Par arrêté ministériel, en date du 20 avril 1897, un concours s'ouvrira le 8 novembre 1897 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Ecole de médecine de Reims. — Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1897, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Reims.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* Le professeur A. Fournier reprendra ce cours le vendredi 7 mai, à 10 heures et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Cours d'hygiène sociale professé à l'Hôtel de Ville, salle des Prévots, par le Dr A.-J. Martin. — Sujet du cours : *L'hygiène et l'alimentation des travailleurs.* — La Conférence pratique du dimanche 9 mai aura lieu aux Abattoirs, rue de Flandre à 9 h. 1/2 du matin.

Nécrologie. — Le Dr Guillot, de Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire), reçu en 1835. — Le Dr Laroche, de Montignac (Dordogne), reçu en 1865. — Le Dr Bougard de Bourbonne les-Bains, reçu en 1857. — Le Dr Carion de Charleville, reçu en 1875. — Le Dr Dubreuilh (Charles) de Bordeaux, reçu en 1844. — Un médecin, M. Carrier (de Varennes, Dordogne), était appelé auprès d'une femme qui ressentait des douleurs aiguës. Il lui administra quelques piqûres de morphine qui amenèrent bientôt un sensible soulagement. La malade s'endormit. Deux heures après ses parents voulurent la réveiller, mais ne le purent. Ils envoyèrent chercher de nouveau le Dr Carrier. Au moment où il allait pénétrer dans la chambre, la fille de la malade lui reprocha d'avoir tué sa mère. Notre honorable confrère, en entendant ce reproche, eut une syncope et tomba à la renverse la tête sur le coin d'un meuble où il se brisa la base du crâne. Il est mort mercredi dernier. Quelques instant après la chute de M. Carrier, la malade se réveillait, n'éprouvant plus aucune douleur. — L'épouvantable catastrophe qui vient de faire au bazar de la Charité, rue Jean-Goujon, de si nombreuses victimes, a été particulièrement pénible pour le corps médical. Le Dr Feulard, ancien interne des hôpitaux de Paris, directeur du Musée dermatologique de l'hôpital Saint-Louis, dont un si grand nombre de nos collègues admiraient l'activité, samedi dernier, au banquet de l'internat, était à cette vente de charité avec sa femme, sa fille et leur femme de chambre ; après avoir sauvé sa femme, il rentrait dans la fournaise pour y chercher sa fille ; il y est resté avec elle. Sa femme a succombé hier à ses brûlures. Ceux qui connaissaient Feulard comprendront seuls l'étendue de cette perte. — Le Dr Ni tot a perdu sa femme et sa fille dans le même incendie les Drs Vimont père et fils ont perdu leur femme et leu mère ; le Dr Picqué y a perdu sa sœur ; le Dr Le Sourd directeur de la *Gazette des Hôpitaux*, y a perdu sa fille Mme Cordoen. Nous adressons à ces malheureux confrère l'expression de notre réelle sympathie.

La mortalité à Paris. — Pendant la dix-septième semaine du 25 avril au 1er mai 1897, le service de la statistique a compté 979 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine dernière, 1.016 au lieu de la moyenne 1.067.

Les maladies épidémiques augmentent (74 au lieu de 70 et de la moyenne 68), la fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 5 et de la moyenne 8, la scarlatine 4 au lieu de 3 et de la moyenne 4, la coqueluche 4 au lieu de 10 et de la moyenne 6, la diphtérie 10 au lieu de 8 et de la moyenne 20. La rougeole continuant son ascension 54 (chiffre le plus élevé depuis le début de l'épidémie au lieu de 42 et de la moyenne 24. En outre 271 cas ont été signalés dans les écoles dont 109 dans le XXe arrondissement.

Il n'y a pas eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On signale 1 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 34 décès au-dessous de 1 an au lieu de 25 et de la moyenne 38.

En outre 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 133 décès (au lieu de 138 pendant la semaine précédente et au lieu de 153, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 29 décès (au lieu de la moyenne 23 ; bronchite chronique 24 décès (au lieu de la moyenne 26) ; bronchopneumonie, 40 décès (au lieu de la moyenne 41) ; pneumonie 40 décès (au lieu de la moyenne 63). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 30 décès, dont 20 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 209 décès au lieu de la moyenne 215 ; la méningite tuberculeuse, 20 décès ; la méningite simple, 30 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 32 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 59 décès, et les maladies organiques du cœur, 79 ; le cancer a fait périr 39 personnes. Enfin, 31 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 15 suicides, et 15 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 406 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.041 enfants vivants (562 garçons et 479 filles), dont 756 légitimes et 285 illégitimes. Parmi ces derniers, 35 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 379 enfants, dont 21 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 82 seront nourris au sein et 297 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 97 mort-nés (dont 62 légitimes et 35 illégitimes).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

NUTRITION DES ENFANTS. Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*